

DE LA CURE RADICALE
DE LA
HERNIE CRURALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 12 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CAMSON

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Paris (Seine), le 17 décembre 1866.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1893

DE LA CURE RADICALE
DE LA
HERNIE CRURALE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mardi 12 décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CAMSON

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Paris (Seine), le 17 décembre 1866.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. -- F. PLAN, DIRECTEUR

Décembre 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		J. TEISSIER.
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL, agrégé.
Accouchements	POLLOSSON, id.
Botanique.	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. PERRET.	MM. ROQUE.
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	POLLOSSON.	ROUX.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	ROCHET.	VIALLETON.
COURMONT.	JABOULAY.	RODET.	WEILL.
DEROIDE.	LANNOIS.	ROLLET (Et.).	
	BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. CONDAMIN, Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE

Chevalier de la Légion d'honneur,
Secrétaire de M. le baron de Zuylen de Nyevelt.

A MA MÈRE

A M. LE BARON DE ZUYLEN DE NYEVELT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES CHEFS

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Lorsque nous étions stagiaire dans le service de M. le professeur Poncet, nous l'avons souvent vu pratiquer la cure radicale des hernies chez les jeunes sujets, et l'avons entendu faire l'éloge de cette opération, qui mérite de plus en plus de rentrer dans la pratique courante avec les progrès de la chirurgie antiseptique.

Il nous a paru intéressant d'étudier un point de cette vaste question et de rechercher, pour les *hernies crurales* exclusivement, quels étaient les résultats de la cure radicale, en même temps que nous examinions les divers modes de traitement qui ont été proposés, et parmi les procédés opératoires récents, celui à qui la préférence paraissait devoir être donnée.

Dans ce travail, nous avons plus particulièrement en vue les *hernies crurales non étranglées*, mais il va sans dire qu'après la kélotomie pour étranglement herniaire, la même conduite chirurgicale doit être tenue, pour s'opposer dans l'avenir à la formation

d'une nouvelle hernie, que lorsqu'on se propose simplement de guérir le sujet de son infirmité.

Toutes les fois, en effet, qu'après une opération de *hernie crurale étranglée* l'état de l'intestin permettra sa réintégration dans la cavité abdominale, on devra, comme dernier temps de l'opération, lier le sac le plus haut possible et l'enlever, suppression que MM. Lucas-Championnière et Poncet considèrent comme la base de toute cure radicale de hernie.

Après avoir, dans un premier chapitre, consacré quelques pages à des considérations générales, dans un deuxième, nous jetons un coup d'œil rapide sur les divers moyens proposés pour la cure radicale de la hernie, et qui ont été si admirablement décrits par M. le Dr Segond, à la thèse duquel nous pourrions nous contenter de renvoyer.

Depuis ce travail remarquable, qui ne date guère que de dix ans, la question s'est encore agrandie, c'est-à-dire que les chirurgiens ont multiplié les indications de la cure radicale et sont devenus de plus en plus interventionnistes avec l'innocuité et les bons résultats de cette opération.

A cet endroit, du reste comme dans toute question de médecine opératoire, nous devons envisager deux périodes :

L'une préantiseptique, qui représente le passé, où des procédés ou des moyens fort ingénieux sont souvent proposés, mais presque aussitôt abandonnés, par suite des complications opératoires qui survenaient et pouvaient toujours apparaître d'un moment à l'autre.

L'autre période, ou du présent, période aseptique, antiseptique, en assurant l'innocuité opératoire, a fourni des procédés sanglants qui constituent à proprement parler l'opération de la cure radicale.

Nous verrons dans le courant de notre travail quel est celui d'entre eux qui nous paraît réaliser les meilleures conditions de succès définitif.

Dans un chapitre suivant, nous passons en revue les indications et contre-indications de cette opération; enfin, nous envisagerons les résultats immédiats et éloignés de la cure radicale de la hernie crurale.

Qu'il nous soit permis d'adresser les remerciements les plus sincères à M. le professeur Poncet. C'est à lui que nous devons l'idée première de ce travail, c'est à lui que nous en devons l'exécution. L'éloge de ce maître n'est à plus faire, il faudrait une voix plus éloquente que la nôtre pour redire et son dévouement et sa bienveillance. Merci à nos maîtres de la Faculté de Lyon, merci à nos chefs militaires pour l'indulgence qu'ils nous ont toujours témoignée.

DE LA CURE RADICALE

DE LA

HERNIE CRURALE

CHAPITRE PREMIER

Considérations sur la hernie crurale. — Sa fréquence chez la femme. — Hernies congénitales très rares. — Hernies acquises communes.

La hernie crurale est la tumeur que forment les viscères contenus dans l'abdomen en s'échappant à travers le canal crural.

La hernie en général est une affection très commune, car comme le dit Lefort, les hernieux peuvent être évalués au septième de la population.

Parmi toutes les espèces de hernies, la hernie crurale seule s'est constitué un habitat particulier. On

peut dire qu'elle est presque la propriété de la femme, bien que parfois on la rencontre chez l'homme. Sur 7 cas de hernie publiés par Chatard (1), on trouve 4 chez la femme, 3 chez l'homme.

La statistique de Banks (2) porte sur 18 cas : 5 chez l'homme, 13 chez la femme.

Celle de Lucas-Championnière sur 18 cas, dont 4 cas chez l'homme, 14 chez la femme.

Les observations de Cuénod, au nombre de 7, se rapportent toutes à des femmes; celles de Haidenthaler, au nombre de 5, signalent 2 cas chez l'homme, 3 chez la femme.

Sur 18 cas rassemblés par Segond, on en trouve 17 chez la femme, 1 chez l'homme.

Nos observations se rapportent toutes à des femmes.

Si nous conservons la division adoptée par les auteurs qui classent les hernies en : 1° hernies congénitales; 2° hernies de faiblesse; 3° hernies de force; en appliquant cette classification aux hernies crurales, nous voyons que les premières n'existent point, celles appartenant aux derniers groupes sont relativement communes.

Un premier point dans cette histoire anatomo-physiologique de la hernie crurale nous paraissait intéressant à élucider.

Peut-on, dans cette hernie rencontrer une forme congénitale, comme dans d'autres variétés inguinales, ombilicales par exemple, et cette forme, par opposi-

(1) Thèse de Paris, 1875.

(2) *British med. Journal*, 1887.

tion à la hernie dite acquise, ne devait-elle pas comporter non seulement l'opération de la cure radicale, mais encore un meilleur pronostic définitif?

Cette distinction entre les deux variétés de hernie crurale nous avait été suggérée par une observation de M. le professeur Poncet, à la suite de l'opération d'une hernie crurale qu'il effectua chez une fillette de 11 ans, et alors que l'affection remontait à la première enfance. Nous avons vainement recherché dans toute la littérature chirurgicale (1) des faits semblables. Il n'en ressort pas moins pour nous, d'après l'observation de M. le professeur Poncet, qu'on peut observer chez l'enfant des hernies crurales, et que le mécanisme en est à coup sûr différent de celui de la hernie inguinale, où il s'agit d'une malformation du canal vagino-péritonéal, d'où arrêt de développement. Mais il est fort probable qu'il peut exister du côté de l'anneau du canal crural telle disposition congénitale qui favorise le développement de cette hernie dans la première période de la vie.

L'opération de la cure radicale doit donner en pareil cas un résultat définitif d'autant meilleur, que par suite du développement du sujet, elle doit permettre ultérieurement à l'anneau de se rétrécir, et de s'opposer ainsi avec le temps à la formation d'une nouvelle hernie.

(1) Au moment où nous écrivons ces lignes, Lucas-Championnière signale un cas semblable chez un enfant de 5 ans et demi. A la suite de l'intervention, Lucas-Championnière signale également une croissance très rapide.

Les hernies peuvent être internes, moyennes, externes, suivant Richet. La clinique ne permet point cette division, les hernies moyennes sont la majorité.

Une des premières questions qui se posent au début de cette étude est la suivante :

Comment se produit la hernie ? Question difficile à résoudre et que les auteurs n'ont encore pu éclaircir.

Les Allemands admettent une diathèse herniaire. Si on interroge les malades sur les difformités présentées par leurs ascendants directs, il n'est point rare de rencontrer parmi eux une ou plusieurs personnes atteintes de hernie.

Mollière, de Lyon, partageait leur avis ; il admettait que les hernies se développaient sous l'influence de causes qui nous échappent ; pour lui, elles sont très souvent héréditaires, et chez certains sujets, il admettait une véritable diathèse herniaire (1).

Pour Paul Segond, les hernieux sont des déchus physiologiques (2).

Dans leur production, Roser fait jouer un grand rôle à son lipome sous-péritonéal.

Il admet que ce lipome situé en dedans de l'anneau crural, à la suite d'un effort, se trouve poussé en dehors de cet anneau, attirant avec lui le péritoine avec lequel il est intimement lié. Il se formerait ainsi comme début de la hernie crurale un diverticule par traction ; le diverticule augmentant peu à peu de volume et se remplissant de matières intestinales et épi-

(1) MOLLIÈRE. *Gaz. des hôpitaux*, 1888.

(2) P. SEGOND. *Cure radicale des hernies*.

ploéiques, il en résulterait la hernie crurale complète (1).

Ce lipome serait-il plus développé chez la femme ? C'est ce que l'auteur ne nous dit point ; il en devrait cependant être ainsi pour expliquer, chez la femme la plus grande fréquence de la hernie crurale.

Nous acceptons cette explication, que l'anneau inguinal n'existant qu'à l'état rudimentaire chez la femme, sur la paroi abdominale il n'y a qu'un seul point faible, le canal crural.

Comme à toutes les affections, les auteurs ont voulu donner à la hernie crurale un lieu de prédilection. Pour John Wood (2), ce lieu serait le côté droit. Sur 15 cas de hernie qu'il a observés, il en signale 5 du côté gauche et 10 du côté droit. Il se contente du reste de signaler le fait sans en donner l'explication.

Le hernie crurale, qui n'est presque jamais congénitale, se trouve rarement chez l'enfant, elle est l'apanage de l'adolescence et de l'état adulte, mais de ce dernier, non pas dans toutes ses périodes, et chez la femme surtout, dans la période génitale. Rare à la ville, elle est plus commune à la campagne, rare chez le riche, elle frappe seulement le travailleur.

Dans toute hernie, deux choses sont à considérer :

1° Le sac ;

2° Le contenu.

1° *Le sac herniaire*, formé aux dépens du péritoine, se confond souvent avec les tissus ambiants. Aussi,

(1) *Revue de la Suisse romande.*

(2) *Med. Times*, 13 juin 1885.

arrive-t-il, que lorsqu'il est modifié par l'inflammation, l'opérateur le fend sans s'en apercevoir et tombe aussitôt sur l'intestin ou l'épiploon. Parfois il prend une teinte analogue au premier, et dans le cours d'une intervention on peut avoir à se demander si l'on est en présence du sac ou de l'intestin.

Dans ces cas, comme le dit M. Gangolphe, il faut tenir compte des idées de l'entourage et n'arrêter la marche du bistouri que lorsque tout le monde s'écrie : Le voilà.

2° *Le contenu.* — Il est variable, c'est tantôt l'intestin sans épiploon, tantôt l'épiploon sans intestin, tantôt tous deux réunis. Presque tous les organes abdominaux ont été signalés comme s'étant livré passage à travers l'anneau crural : l'intestin grêle, le cæcum, l'appendice iléo-cæcal, le côlon, l'S iliaque.

Le diagnostic de la hernie crurale est en général facile, il peut cependant donner lieu à quelques erreurs, on peut la confondre avec la hernie inguinale. Dans ce cas, les grandes lèvres sont envahies.

Mac Drew a noté un abcès de la région fémorale simulant une hernie.

Brohl signale l'appendice vermiculaire comme pouvant prêter à la même erreur.

La dernière confusion possible est celle qui peut être faite avec les lipomes péritonéaux (Roser).

Benno Schmidt indique un moyen de distinguer les hernies lipomateuses de Roser d'avec les hernies de l'épiploon.

Si dans un cas de lipome on soulève en forme de de pli la peau qui recouvre la tumeur, on verra se

produire de petites fossettes correspondant aux points où le lipome est adhérent. Ces dépressions ne se produisent pas dans un cas de hernie de l'épiploon (1).

La hernie crurale est ordinairement unilatérale, rarement bilatérale. Quelquefois elle existe simultanément avec une hernie inguinale. C'est à cette affection que Leflaire donne le nom de distension de l'aine. On rencontre cette disposition dans 2,5 % des cas environ.

Malgré les observations de John Wood, aucune loi de symétrie n'est sauvegardée.

Une variété décrite comme assez commune est la hernie crurale bilobée.

Étudiée par Hesselbach, Legendre, Astley Cooper, cette hernie ne doit pas être confondue avec la hernie propéritonéale de Krönlein, avec laquelle elle a cependant de la ressemblance.

La hernie propéritonéale a bien deux sacs comme la hernie bilobée, mais tandis que dans la hernie d'Hesselbach les deux lobes sont situés en dehors de l'anneau crural, dans les hernies propéritonéales, l'un des sacs de la hernie se trouve toujours derrière l'anneau.

Le fait est d'une importance capitale au point de vue du traitement.

(1) CZERNY, d'Heidelberg.

CHAPITRE II

Divers procédés employés.

Contre une affection si fréquente et parfois si dangereuse, les chirurgiens de tout temps avaient préconisé une multitude de traitements, dont l'histoire ne nous a laissé que le souvenir. Il n'entre point dans notre idée de faire l'historique complet d'une question aussi vaste, qui demanderait tout un travail. Ce travail, M. Segond l'a du reste entrepris dans sa thèse d'agrégation. Je ne jetterai qu'un rapide coup d'œil sur les principales méthodes, employées pour obtenir la cure radicale dans les hernies non étranglées. Ces moyens, avec Pasquier, de Lyon, nous pouvons les diviser en :

- 1° Moyens topiques ;
- 2° Moyens opératoires.

1° *Moyens topiques.*

Dioscoride (1) et Avicenne appliquaient sur les hernies récentes des cataplasmes, dans lesquels entraient : des noix, des feuilles de cyprès, de la sabine.

Paul d'Ægine faisait faire des lotions avec une décoction de noix de galle et d'écorce de grenadier dans le vin.

Fabrice d'Aqua-Pendente préconisait les emplâtres agglutinatifs avec des substances irritantes et astringentes.

Dionys nous a transmis le procédé du prier de de Cabrière :

Poix noire	2 livres
Térébenthine	} aa 4 onces
Cire jaune	

Liquéfier sur un feu modéré, passer à travers un linge et ajouter :

Racine de consoude.	} aa 2 onces
Mastic en larmes.	
Terre sigillée.	} aa 1 once 1/2
Laudanum	
Hipoïste	
Noix de cyprès.	1 once

Cette médication, paraît-il, fit merveille et le gouvernement acheta le remède.

(1) Liber I, cap. LXXXVI.

En 1826, Beaumon, chirurgien honoraire de Lyon, partant du même principe, publie en 1837 un nouveau procédé qui ne diffère du précédent que par l'addition d'alun, de sang-dragon, de noix de galle, bases et sels inertes.

Une commission nommée pour vérifier les résultats de sa méthode se retira, l'examen devant durer trois ans (1).

2° *Moyens opératoires.*

L'antiquité et le moyen-âge tout empiriques n'admettaient point la chirurgie. Aussi les moyens opératoires peuvent-ils se rattacher aux suivants : suture royale, point doré, opération de la hernie.

La suture royale, le point doré, donnaient des résultats incertains, et les suites en étaient ordinairement fâcheuses.

La cautérisation par le fer rouge donnait quelque avantage, mais les caustiques amenaient souvent des accidents mortels (perforation intestinale).

J.-L. Petit perd 3 de ses malades sur 3.

Le Blanc avec sa méthode obtient un peu plus de succès.

Belmas, Gerdy, à l'aide de substances irritantes recherchent une inflammation adhésive.

Le procédé de Bonnet, de Lyon ne donne guère de meilleurs résultats que les précédents.

(1) PASQUIER.

Jusque-là les interventions sanglantes ne donnaient que peu de résultats.

Aussi Pasquier, dans une réponse à cette question posée par la Société royale de Toulouse : « Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites, sont-elles susceptibles d'une guérison radicale ?, après avoir examiné les différents procédés mis en œuvre à cette époque, pouvait-il conclure :

« Il ne suffit pas d'obtenir l'oblitération externe du canal herniaire, il faut encore que l'orifice interne soit également fermé.

« Il n'existe actuellement aucun moyen sur lequel on puisse compter sûrement pour obtenir la cure radicale des hernies crurales. »

Longtemps encore cette affection fut regardée comme au-dessus des forces de l'art de guérir (1).

Longtemps encore, la chirurgie à l'état naissant ne fut l'apanage que de quelques grandes figures.

La période listérienne advint et donna un nouvel essor à cette science, en qui le peuple ne voulait pas croire.

Devant l'antisepsie, toutes les régions de l'économie s'étaient adaptées au bistouri, seul le péritoine était resté comme une citadelle inexpugnable dont on ne tentait l'assaut que dans des cas désespérés.

Personne n'avait été assez téméraire pour l'affronter dans une opération raisonnée.

(1) PASQUIER. Réponse à cette question : Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites sont-elles susceptibles d'une guérison radicale ?

Vint Lucas-Championnière avec son procédé de cure radicale.

De tous côtés surgissent alors partisans et adversaires de sa méthode. On l'attaque elle, et ses résultats, son nom même lui est disputé.

Discussions sur discussions s'élèvent au sein de la société de chirurgie, et ce n'est dans cette docte assemblée, pendant plusieurs réunions, que louanges ou malédictions. Les uns l'acceptent, les autres chicanent sur le nom qui lui est donné, le conflit s'élève enfin entre les interventionnistes et les non-interventionnistes.

A l'étranger la méthode curative de Lucas-Championnière est acceptée, remaniée par chaque chirurgien, qui veut faire sienne une opération qu'il ne fait que modifier dans un de ses infimes détails.

Nous ne jetterons qu'un rapide coup d'œil sur les principales méthodes, en ne nous arrêtant qu'au procédé de Lucas-Championnière, que nous choisissons comme type.

L'anneau crural, situé vers la partie interne du pli de l'aîne, a une forme irrégulièrement ovale. Son diamètre est à peu près celui du petit doigt. Cet anneau est limité en haut par l'arcade crurale, dans le point où elle va se fusionner avec le ligament de Gimbernat; en dedans par ce ligament, en dehors par la veine fémorale, en bas par la branche horizontale du pubis, recouverts de quelques fibres aponévrotiques dites ligament de Cooper.

Cet anneau est fermé par une lamelle celluleuse, dite *septum crurale*, et perforé de quelques orifices, à travers lesquels s'engagent des lymphatiques.

L'anneau crural forme la base d'un entonnoir nommé *entonnoir crural*, dont le sommet dirigé en bas, à 3 ou 4 centimètres de l'anneau, est représenté par le passage de la saphène, qui traverse l'aponévrose pour venir se jeter dans la veine fémorale.

On considère trois parois à cet entonnoir, dont la forme est assez irrégulièrement triangulaire.

Sa paroi externe est formée par la veine fémorale, sa paroi profonde par le muscle pectiné, revêtu du feuillet profond de l'aponévrose fémorale, sa paroi antérieure par le feuillet superficiel de l'aponévrose fémorale, qui à ce niveau est perforé de trous si nombreux qu'on l'a nommé *fascia cribriformis*.

Ces nombreuses perforations tiennent à de nombreux vaisseaux lymphatiques qui émergent des ganglions superficiels placés à ce niveau, viennent traverser l'aponévrose, se placent dans l'entonnoir pour en sortir à travers le *septum crurale* et se jeter dans les ganglions pelviens. Elles sont dues encore aux artères honteuses externes et aux veines correspondantes; toutes ces perforations diminuent tellement en ce point la résistance de l'aponévrose, qu'une préparation peu soignée enlève absolument tout le *fascia cribriformis* et laisse à sa place un orifice ovale, assez régulier, nommé *trou ovale*. (Moynac, *Path. ex.*)

Le canal crural ne permet à la suture qu'une fermeture incomplète; entre ces divers tissus aponénotiques doués d'une vitalité inférieure, la cicatrisation est difficile, quelquefois ne peut être obtenue. Aussi, les opérateurs ont-ils recherché de ce côté des mo-

difications à apporter au procédé décrit par Lucas-Championnière.

Avant Lucas-Championnière, deux modes de traitement étaient en honneur.

On ne parlait que peu de l'intervention sanglante :

1° Le taxis;

2° Le bandage.

Le taxis, opération manuelle ayant pour but de refouler la hernie et de la faire entrer dans l'abdomen. M. le professeur Poncet est l'adversaire implacable de cette manœuvre aveugle plus ou moins brutale, contusionnant la masse herniée et prédisposant à l'inflammation; pour lui, le taxis doit être en principe rejeté impitoyablement dans tous les cas, en raison de ses dangers et de son impuissance (1).

Après les travaux de Lucas-Championnière, les auteurs se divisent en deux camps :

1° Les partisans du bandage;

2° Les interventionnistes.

Pour les premiers se rangeant à l'opinion de Malgaigne, tout chirurgien entreprenant la cure opératoire d'une hernie non étranglée est classé parmi les audacieux.

« Si les simples bandages suffisent, disait Malgaigne, que dire d'opérations douloureuses laissant après elles des stigmates ineffaçable et qui toutes ont déjà compté des morts. Que les chirurgiens appliquent la grande loi de la morale universelle, qui défend de faire

(1) Professeur PONCET. Cours de médecine opératoire.

à autrui ce que l'on ne voudrait pas souffrir soi-même (1). »

Il me serait téméraire de réfuter l'opinion d'un tel maître, j'en ferai cependant la critique avec Lucas-Championnière.

Le bandage est inutile, il est douloureux, il est dangereux.

Le bandage est inutile : la guérison de la hernie chez la femme en particulier est un rêve dont il est inutile de poursuivre la réalisation.

Il est exceptionnel, dit Parker, que les bandages amènent la guérison définitive chez les enfants de plus de 2 ans (2).

Le bandage est douloureux : la hernie est elle-même douloureuse et la moindre pression en exagère la douleur. Pour une femme, le bandage est une gêne et un supplice.

Une hernie chez une jeune fille la déprécie d'une façon terrible, la décourage.

Sa situation est en vérité particulièrement cruelle (3).

Le port du bandage est plus difficile pour la femme que pour l'homme, le poids des jupes l'entraîne et le déplace sans cesse, il n'est plus maintenu et devient inutile.

Chez elle le bandage a encore un autre inconvénient : la femme a un tissu cellulaire plus abondant, une peau plus fine, et par suite la pression du ban-

(1) MALGAIGNE. *Leçons sur les hernies*, Paris, 1841.

(2) PARKER. *Gaz. med.*, 1872.

(3) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Cure radicale des hernies*, 1892.

dage provoque plus facilement chez elle des érythèmes et des excoriations au voisinage de la grande lèvre (1).

Un auteur n'a-t-il pas dit que le bandage empoisonne l'existence de six hommes sur dix.

Le bandage est dangereux; comme nous l'avons vu, les hernies se rencontrant plutôt chez les gens qui s'adonnent à un travail pénible soit à la ville, soit à la campagne, plutôt chez le pauvre que chez le riche.

A tout individu atteint de hernie, les administrations hospitalières délivrent un bandage choisi dans un approvisionnement dont les nombreux spécimens ne se rattachent qu'à deux ou trois types.

Au hernieux, on délivre donc un bandage, on le lui essaye et on le congédie après lui avoir indiqué en quelques mots la façon de l'appliquer. Le malade conserve son bandage pendant quelque temps, il le remet, l'enlève, s'il est détérioré, il le répare lui-même, et au bout d'un certain temps, il n'a plus pour maintenir sa hernie qu'un appareil qu'un bandagiste lui-même ne saurait reconnaître.

Tous les hernieux ne sont pas comme ce cocher cité par un auteur, qui, après avoir porté un bandage fabriqué par lui, se vit au bout de vingt ans guéri de sa hernie, qui était, dit-on, volumineuse.

La pression exercée par un bandage doit être en état de contrebalancer la pression abdominale dans les circonstances où celle-ci atteint son maximum, par exemple dans les efforts de toux et de défécation; en dehors de ces circonstances, la pression du ban-

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Cure radicale des hernies*, 1892.

dage est bien supérieure à la pression abdominale, et il résulte de là un enfoncement de la paroi de l'abdomen à ce niveau, cette paroi se laisse distendre et l'augmentation de surface qui résulte de cette distension devient définitive, la portion distendue présente la forme d'une calotte sphérique, et naturellement le péritoine qui se trouve du côté de la concavité de la calotte a dû être plus distendu que la peau qui correspond à la convexité, et qui par suite représente une portion de sphère de rayon moindre.

Supposons maintenant que l'on enlève le bandage, la portion de la paroi qui a été distendue et qui a perdu son élasticité sera repoussée au dehors par suite de la pression abdominale.

Cette fois-ci, c'est la peau qui correspond à la convexité de la calotte et le péritoine qui correspond à la concavité. Or, comme le péritoine a été plus distendu que la peau, et que dans cette nouvelle situation il doit occuper un espace moindre que la peau, il est obligé de se plisser. On conçoit combien cette disposition favorise la production d'une hernie surtout quand le canal qu'elle doit traverser se trouve tout préparé à lui livrer passage (1).

Anderegg démontre par des statistiques que le bandage n'est pas seulement inutile, mais qu'il est nuisible. Le bandage est donc dangereux, il rétrécit le canal herniaire et le durcit. Par là il expose à l'étranglement.

Le bandage est inutile, il est douloureux, il est

(1) *Gaz. des hôpitaux.*

dangereux. Néanmoins, on continue à porter un bandage. Le public y a foi, non seulement celui de la campagne, mais celui de la ville, alléché par les résultats plus ou moins fantaisistes que lui annonce la réclame de nos jours. Actuellement tout le monde veut guérir la hernie. Il n'est point de pharmacien qui n'ait sa pommade ou son bandage dont il est l'inventeur. Le bandage est encore le triomphe du rebouteur.

On abusé du bandage comme on a abusé de la saignée, il peut être utile en certains cas que nous étudierons, il est la plupart du temps très dangereux. C'est à lui que l'on doit la mortalité si grande constatée dans les hôpitaux à la suite de hernie étranglée.

Le bandage même fonctionnant bien est, pour le sujet qui le porte, un ennui constant et souvent insupportable qui empoisonne sa vie (1).

De là, comme le dit Pozzi, le nom populaire de hargneux.

Nous venons d'étudier le bandage, nous en avons constaté l'action nocive dans la plupart des cas.

Abordons des traitements plus modernes et plus chirurgicaux.

Nous ne nous appesantirons point sur ce traitement tout à fait moderne et quelque peu fin de siècle du traitement des hernies par la promenade qu'un auteur étranger a voulu préconiser.

Après la publication des résultats que Lucas-Championnière avait obtenus par sa méthode, les chirurgiens étrangers adoptent son procédé sans modifications.

(1) Société de chirurgie.

En France, Richelot, Segond opèrent les hernies. Czerny, Anderegg, Reverdin, Socin, en Suisse.

John Wood, Macewen, Banks, Barker, Ball, Kindalle Franks, Mac-Cormac, Sweason Erdmann, Parker, ne font subir au procédé de Lucas-Championnière, que des modifications insignifiantes.

En Allemagne, Cuenod, Haidenthaller opèrent dans les mêmes conditions.

Billroth observe que la guérison par première intention est plus facile à obtenir lorsque l'on se contente de fendre le sac sans l'extirper.

Pour obtenir une cicatrice plus solide, d'autres auteurs recherchent la réunion par seconde intention, la cicatrice obtenue étant plus solide.

En France, Berger propose un procédé analogue à celui de Parker pour les hernies inguinales. Les deux chefs de la ligature, qui étreint le moignon du sac pendant hors de la plaie, l'un de ces chefs est chargé sur une aiguille courte, conduit dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, jusqu'à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, la pointe de l'aiguille en avant; on traverse les plans fibreux et musculaires d'arrière en avant, on amène le fil devant l'aponévrose du grand oblique, on le dégage et on retire l'aiguille.

Le deuxième chef est pris de la même façon, porté dans le tissu sous-péritonéal en dedans et en dehors du premier.

Il traverse la paroi d'arrière en avant, à 1 centimètre du premier, et on le dégage en avant du grand oblique.

On tire doucement sur les deux chefs. Le moignon du sac est attiré dans le tissu sous-péritonéal, bien en dessus de l'arcade de Fallope. On le fixe à ce niveau en assurant les extrémités du fil par une ligature en avant de l'aponévrose d'insertion du grand oblique.

Les deux chefs sont coupés à ras du nœud, qui reste perdu dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Cette fixation du pédicule fait disparaître l'infundibulum péritonéal, on établit ensuite trois ou quatre ligatures concentriques, réunissant l'aponévrose du pectiné à l'arcade et à l'aponévrose du grand oblique.

Passer les aiguilles de dedans en dehors pour éviter la veine fémorale et le cordon spermatique (1).

Bottini cherche à rendre à l'orifice interne, par lequel les viscères se sont échappés, ses dimensions naturelles, et à le restituer ainsi *ad integrum* dans la mesure du possible.

Il y arrive au moyen d'un ou plusieurs points de suture avec un fort catgut. Il ne s'occupe en aucune façon du sac, qui est destiné à s'atrophier (2).

Tricomi préconise une suture en forme de bourse, avec cinq anses de soie comprenant le ligament de Fallope, la gaine des vaisseaux, le ligament de Gimbernat, et enfin le ligament de Fallope en un point voisin de la première anse.

La fermeture de la plaie se fait à plusieurs plans de suture (3).

(1) *Bull. Société de chirurgie*, XVIII, p. 311. — Berger.

(2) *Revue de chirurgie*, 10 octobre 1892, p. 889.

(3) *Revue de chirurgie*, octobre 1892.

Trendelembourg soutient la paroi abdominale au moyen d'une plaque osseuse fixée à l'orifice interne du canal à l'aide d'une suture au catgut (1).

Mitchell Banks ne ferme point l'orifice herniaire.

Schwartz décrit un procédé qu'il a employé chez un homme dans un cas de hernie gauche descendant jusqu'à mi-cuisse, et dont l'anneau donnait passage à deux doigts ; après réduction et isolement du sac, le collet est tiré le plus haut possible.

Il ouvre la gaine du moyen adducteur, qui constituait le relief interne de l'énorme fosse que comblait la hernie.

Il dissèque de ce muscle un lambeau de 6 centimètres environ, qu'il détache de bien haut pour venir l'appliquer en le laissant adhérent par son pédicule supérieur contre l'anneau crural effondré.

Suture en haut à l'arcade crurale, en bas de l'aponévrose du pectiné, en dedans à la gaine des vaisseaux par quelques points de suture avec de la soie fine. Il referme par des sutures la gouttière sous le muscle pour lui donner un point d'appui plus solide (2). Suture de la gaine de l'adducteur.

CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE (procédé de Lucas-Championnière).

La tumeur constituant la hernie étant découverte, la région est nettoyée et rasée comme pour toutes les autres hernies.

(1) *Revue de chirurgie*, 1892.

(2) SCHWARTZ. *Semaine médic.*, 12 avril 1893.

On incise la peau suivant une ligne oblique de haut en bas et de dehors en dedans, de préférence, quoiqu'il puisse y avoir des avantages à employer quelquefois une incision verticale, si on constate qu'elle sera facile à cacher dans le pli de l'aîne.

La découverte du sac est généralement facile, et même chez un jeune sujet gras, on peut aller assez hardiment. Mais il faut cependant se souvenir que le sac est communément très mince, et si l'on n'est pas assuré qu'il existe une couche importante d'épiploon au-dessous, il faut aller avec précaution, de façon à être assuré qu'il n'y a pas possibilité de pénétrer dans le sac et de blesser quelque organe important.

Le sac ouvert est souvent doublé d'épiploon ou de graisse facile à confondre avec de l'épiploon; ou bien l'épiploon est souvent adhérent à ce tissu graisseux, de telle sorte qu'il est souvent très difficile de l'en isoler.

De là des erreurs faciles à commettre; cependant, il faut faire cette dissection avec soin, car seule elle peut permettre de poursuivre l'épiploon et d'établir sa continuité avec l'épiploon dans l'abdomen.

L'épiploon isolé et le sac disséqué, on peut constater qu'il est beaucoup plus irrégulier que ceux des hernies inguinales; tantôt épais uniformément, il peut être attiré et pédiculisé très facilement, d'autres fois, certaines parties supérieures sont si minces, qu'il faut les plus grandes précautions pour le tirer intact et le pédiculiser. Or, ces déchirures de la partie supérieure du sac sont plus difficiles à compenser que pour la hernie inguinale, et elles risquent de faire

faire une opération incomplète. La fermeture de la séreuse étant accomplie avec deux fils en chaîne, on procédera à la réfection de la paroi. Les sutures superficielles n'offriront pas grand'chose de spécial.

La région opératoire est assez difficile à protéger chez la femme; aussi, comme il est difficile de faire un pansement suffisamment large pour une bonne protection, il est sage de lui donner une grande épaisseur et de faire une compression aussi exacte que possible, qui assure que le pansement ne subira pas de déplacement.

S'il y a des ganglions rendus méconnaissables par l'inflammation chronique, les réséquer (1).

(1) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — *Cure radicale des hernies.*

CHAPITRE III

Indications et contre-indications.

Nous avons vu l'effet du bandage, nous en avons constaté et son insuffisance et ses dangers, aussi avec Tilanus pouvons-nous dire :

Pour tout chirurgien aseptique, ayant bonne tête et vaillante main, l'opération est plus facile et moins dangereuse que l'application d'un bandage.

D'autre part, Lucas-Championnière ne dit-il point :
« La chirurgie actuelle est assez sûre d'elle-même
« pour enrayer des infirmités et prévenir des acci-
« dents. Elle n'en n'est plus réduite à soulager des
« moribonds. »

L'inutilité du bandage justifie donc l'intervention.

« La menace perpétuelle d'étranglement, qui cons-
« titue chez l'homme ou chez la femme une hernie
« crurale, paraît une raison suffisante de la nécessiter.
« Une opération bénigne et sans mutilation, qui
« délivre un sujet jeune d'une infirmité pénible,

« source d'ennuis et d'inquiétude, est une opération
« qu'on a le droit et le devoir de recommander (1). »

Chez l'enfant au-dessus de 2 ans, comme le dit Parker, l'opération est indiquée, la guérison définitive par le bandage n'étant que l'exception (2).

« J'estime, dit Lucas-Championnière, qu'on ne
« devrait jamais laisser persister une hernie chez une
« jeune fille, le port d'un bandage la déprécie d'une
« façon terrible, la décourage. La situation d'une
« jeune fille affectée de hernie est particulièrement
« cruelle (3).

Toute hernie, facilement réductible chez un adolescent, dont la position sociale et la profession rendent le port d'un bandage difficile, doit être opérée.

L'opération est indiquée comme mesure de précaution dans les petites hernies fémorales avec épiploon adhérent, les malades qui les portent étant menacés de très grands dangers (4). Un auteur n'a-t-il pas dit en effet « que les bandages empoisonne la vie de six hommes sur dix ».

Berger opère toutes les hernies crurales des jeunes sujets, les épiplocèles adhérentes; enfin, toutes les hernies qui sortent fréquemment sous le bandage.

S'il y a récurrence, et les résultats que nous publions nous montrent que telle n'est pas la règle, qu'on se souvienne que ces hernies sont petites, réductibles, facilement maintenues par un bandage et ne déter-

(1) RICHELLOT. *Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales.*

(2) PARKER. *Gaz. méd.*, 1892, p. 203.

(3) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Cure radicale des hernies.*

(4) MAYOR. Thèse de Berne, 1889.

minent aucun trouble. Et n'est-ce pas un avantage à dédaigner pour le hernieux ?

Lucas-Championnière règle son intervention sur les principes suivants :

« Dès qu'une hernie n'est pas simple, je conseille
« formellement l'opération. Dès qu'un patient me
« déclare être ennuyé de porter un bandage, je me
« trouve disposé à lui accorder la cure radicale. »

Pour Czerny, toute hernie irréductible, douloureuse, qui est menacée d'étranglement, doit être opérée.

Les statistiques de Malgaigne ont démontré que la population des hernieux disparaît quatre fois plus vite que la population ordinaire ; qu'après 75 ans, il meurt sept fois plus de hernieux que d'autres (1).

Cette déchéance organique que l'on peut éviter par l'intervention frappe aussi la femme, qui devient emphysémateuse, obèse, beaucoup deviennent albuminuriques ou diabétiques. Certaines raisons morales et convenances sociales font que la femme en particulier a tout intérêt à se débarrasser de cette infirmité.

Les compagnies d'assurance sur la vie considèrent les hernies comme des motifs d'empêchement de contrat.

Qu'on se rappelle la jeune fille citée par Richelot, qui vit son mariage rompu dès que le futur apprit qu'elle portait une hernie.

Breget rapporte le cas d'une femme chez laquelle

(1) Dr DELARIS.

les rapports sexuels durent être interdits, par suite de la présence d'une hernie double douloureuse.

Les indications de la cure sont nombreuses, certaines contre-indications générales et temporaires y sont opposées.

Les indications générales sont celles communes à toutes les interventions chirurgicales.

Se rappeler toutefois qu'il est difficile de maintenir l'asepsie complète de la plaie chez le vieillard et chez l'enfant.

Karewski attribue ce fait à la suture à étages, avec tamponnement difficilement supporté par les tissus infantiles (1).

Segond (2) suit les principes de Guy de Chauliac, « qui laisse les gens malingres et âgés vivre avec leur clochement », refuse l'intervention aux jeunes enfants, aux grands cachectiques et aux emphysémateux.

Guinard cite à ce propos les deux opérations suivantes :

Homme brightique atteint de hernie crurale droite ; on l'opère. A la suite de l'opération, il a un arrêt de la sécrétion urinaire et secondairement un accès d'urémie.

Femme atteinte d'une hernie crurale droite, alcoolique ; on l'opère. Elle meurt le lendemain d'un accès de delirium tremens, compliqué d'oligurie et de congestion pulmonaire (3).

(1) *Revue de chirurgie*, 1891.

(2) *Cure radicale des hernies*.

(3) Dr GUINARD.

Second, d'accord avec Mitchell Banks, ne soumet pas à l'opération les hernies réductibles et coercibles.

Ward Cousins, dans une communication au dernier meeting de la branche méridionale, de l'Association médicale britannique, conseille, si la hernie est double, de n'opérer que d'un côté, la pression du pansement amenant souvent l'oblitération de l'autre ouverture.

Chez la femme, à la ménopause, l'opération est discutable ; l'opérer, si elle n'est point cachectique ; si elle est obèse avec un anneau crural élargi, s'abstenir de toute intervention ; l'urgence seule permet l'intervention.

Les contre-indications temporaires s'appliquent surtout à la femme, au moment des règles et à l'époque de la grossesse.

Éviter pour l'opération le moment des règles, l'hémorrhagie consécutive à l'opération pratiquée à cette époque présente parfois un certain degré de gravité.

Fleury, dans un mémoire lu à la Société de chirurgie dans la séance du 11 novembre 1863, appelle l'attention des praticiens sur cet accident.

La menstruation est cause de douleurs qui s'aggravent encore par l'opération, et cette époque amène avec elle un peu d'élévation dans la température.

La grossesse est-elle une contre-indication ?

En général, si le traumatisme porte sur la sphère génitale, il détermine facilement l'avortement.

Cette facilité de l'avortement est loin d'être la même chez toutes les parturientes.

La médecine légale est pleine de ces faits.

Les deux exemples suivants cités par Vibert en sont un exemple :

Un paysan ayant rendu sa domestique enceinte, la fit monter à cheval avec lui et la lança à terre au plus fort du galop : il eut recours deux fois à ce moyen, puis il appliqua sur le ventre du pain brûlant sortant du four ; malgré cela, la fille accoucha à terme d'un enfant vivant et bien constitué.

Une fille à laquelle on avait appliqué sur le ventre, dans le but de la faire avorter, un coup de battoir si violent, qu'elle en perdit connaissance, continua cependant sa grossesse et accoucha à terme (1).

Dans ce cas, si l'on a affaire à une multipare, la marche des accouchements précédents pourra donner une indication.

S'il s'agit d'une primipare, il vaudra mieux attendre après l'accouchement.

Opérer si l'on a à craindre l'étranglement au moment de l'accouchement, les résultats ne portent aucun préjudice ni à la mère ni à l'enfant.

Telles sont les principales indications et contre-indications.

(1) VIBERT. *Traité de médecine légale*.

CHAPITRE IV

Résultats.

« Chez l'homme et chez la femme, dit Paul Segond, la hernie crurale est une variété qui doit donner de très bons résultats (1) ».

Pour Mayor, la nature de la hernie n'a d'influence sur le résultat définitif, qu'autant que les rapports anatomiques permettent ou ne permettent pas la suture.

A ce point de vue, les hernies crurales donnent moins de chance de succès que les hernies inguinales.

L'examen des résultats obtenus nous dira à quelle opinion nous devons nous rattacher.

Lucas-Championnière avait décrit pour les hernies inguinales *une colonne cicatricielle* : elle semble ici se former avec plus de difficulté.

Segond eut l'occasion de faire l'autopsie d'une

(1) *Cure radicale des hernies.*

femme de 70 ans, morte de *pneumonie a frigore*, opérée deux mois auparavant d'une ancienne entérocele crurale droite. La réunion primitive avait été parfaite.

Il sépare la peau, l'aponévrose, les muscles, le tissu cellulaire, et ne trouve point la *colonne cicatricielle* de Lucas-Championnière. Le péritoine parfaitement tendu devant l'ancien anneau herniaire était dépourvu de toute dépression.

Quelques traces de péritonite circonscrite indiquent seules l'ancien emplacement du collet ligaturé.

Rarement, les hernies crurales atteignent un grand volume. Or, dans ce genre comme dans les hernies inguinales, les plus petites sont les plus favorables au point de vue du résultat.

La cicatrisation se fait bien généralement ; quand on opère proprement, on peut même dire que la guérison est sûre.

La persistance du résultat est assurée par le mode d'occupation de la femme.

Chez l'homme, les résultats sont moins durables, quoique certaines observations fournissent des cas auxquels la théorie n'aurait pas permis de prétendre.

A tort ou à raison, on a attribué à la présence d'une hernie des troubles gastriques et surtout des troubles nerveux. Ce sont sans doute ces derniers qui ont donné à Pozzi l'étymologie du mot « hargneux ».

Avec la cure radicale, tous ces phénomènes disparaissent.

La douleur locale disparaît, et le bandage qui empoisonne l'existence de six hernieux sur dix est supprimé. Cet avantage, qui peut être minime pour

l'homme, est d'un bénéfice assez important pour la femme, pour que l'on en tienne compte.

S'il y a récurrence, on a observé que les hernies qui surviennent alors sont généralement petites et facilement maintenues par un bandage.

L'opération, a-t-on dit, est plus facile que l'application d'un bandage.

On ne cite pas de mort après l'application immédiate d'un bandage. Mais tôt ou tard on en observe, et en grand nombre, si l'on ajoute foi à la statistique de Malgaigne.

Rares sont les cas de mort à la suite d'intervention sanglante. Les chirurgiens, qui sont venus avec leurs statistiques néfastes dire « que les dangers de l'opération n'étaient pas comparables avec les résultats obtenus », n'ont peut-être pas mis en principe cette règle que M. le professeur Fochier reproche à tant d'accoucheurs de méconnaître : « la blancheur est le symbole de l'innocence, mais non celui de l'antiseptie ».

Complications. — N'y a-t-il aucun danger ? Nous ne serons point assez affirmatif pour l'assurer.

Certains sont communs à toute intervention chirurgicale, qu'une antiseptie ou une aseptie sévèrement mise en pratique peut écarter ; d'autres, particuliers à la région.

Parmi ceux-ci nous pouvons citer :

L'hémorrhagie. — Elle peut être très abondante et due à la présence de paquets variqueux qui existent dans cette région. Les varices sont plus fréquen-

tes chez la femme que chez l'homme. A côté de cette hémorrhagie externe, il faut craindre une hémorrhagie interne due au pédicule.

Les abcès ont été également signalés, lorsque l'incision se rapproche un peu trop des parties génitales. Ici encore, des soins de propreté suffisent à les empêcher (1).

Une complication fréquente, mais passagère, *c'est la rétention d'urine*. Cette rétention d'urine ne donne lieu à aucun phénomène fâcheux, elle ne dure que quelques heures ou quelques jours, mais suffit pour épouvanter le malade.

On l'a attribuée à un réflexe parti des régions périphériques pour se rendre dans la marche au centre de sécrétion urinaire.

Le cathétérisme fait avec toutes les précautions d'usage doit être alors pratiqué.

Un accident fréquemment constaté *est la congestion pulmonaire*.

L'apparition de cet état pathologique n'a pas encore été expliqué; il paraît indépendant de l'intervention.

En résumé, l'opération de la cure radicale est bénigne dans les deux sexes.

Une opération bien conduite et proprement exécutée doit donc donner un résultat primitif certain.

Récidives. — Si on ne consultait que le titre de notre travail, ce paragraphe deviendrait inutile.

(1) D^r DELARIS.

On ne peut cependant dire que la hernie crurale ne récidive jamais, tant il est vrai qu'il n'y a rien d'absolu en clinique.

On peut craindre qu'une grossesse ne soit une occasion redoutable de récidive. Si ces chances sont grandes, il ne faut cependant pas en exagérer les dangers.

Le port post-opératoire d'un bandage n'est nécessaire, après l'opération, que pendant le court espace de temps nécessaire à solidifier la cicatrisation.

Avec le temps, la guérison se perfectionne, la cicatrice, d'abord large, se rétracte, se durcit, formant une *colonne cicatricielle* qui, la plupart du temps, prévient toute récidive.

I. — RÉSULTATS IMMÉDIATS.

OBS. I (*Medical Times*, 19 décembre 1884). — F..., 25 ans. Hernie crurale droite opérée le 15 juillet 1884. Cicatrisation le 24 juillet.

OBS. II et III (Lediard, *Lancet*, 30 août 1884). — Il s'agissait dans les deux cas d'une petite hernie crurale ne supportant point le bandage.

OBS. IV. (Lucas-Championnière). — Femme 25 ans, opérée le 28 janvier 1887 d'une hernie gauche irréductible. Bon résultat immédiat.

OBS. V (L.-C.). — Femme 53 ans, opérée le 22 décembre 1887. Hernie crurale droite. Bon résultat immédiat.

OBS. VI (L.-C.). — Femme 44 ans, opérée le 26 juillet 1888. Hernie crurale gauche. Bon résultat.

OBS. VII (L.-C.). — Homme 48 ans, opéré le 18 décembre 1888. Sort 1 mois après en très bon état.

OBS. VIII (L.-C.). — Homme 32 ans, opéré le 27 décembre 1888. Sort au bout de 36 jours.

OBS. IX (L.-C.). — Femme 46 ans, opérée le 18 avril 1889. Sort en très bon état.

OBS. X (L.-C.). — Femme 32 ans, opérée le 25 mars 1889. Hernie crurale droite. Sort en bon état.

OBS. XI (L.-C.). — Femme 27 ans, opérée le 18 juin 1891. Hernie crurale droite. Sort en excellent état au bout de 27 jours.

OBS. XII (L.-C.). — Femme 41 ans, opérée le 26 novembre 1891. Hernie crurale droite. Sort en très bon état au bout de 28 jours.

OBS. XIII (L.-C.). — Femme 29 ans, opérée le 1^{er} décembre 1889. Hernie crurale droite. Sort très bien guérie le 26^e jour.

OBS. XIV (L.-C.). — Femme 37 ans, opérée le 6 janvier 1892. Hernie crurale gauche. Sort en très bon état au bout de 27 jours.

OBS. XV (L.-C.). — Homme 42 ans, opéré le 21 janvier 1892. Hernie crurale gauche. Sort en bon état au bout de 1 mois.

OBS. XVI (L.-C.). — Femme 20 ans, opérée le 9 août 1889. Hernie crurale droite. Résection de 70 grammes d'épiploon. Sort avec cicatrice solide.

OBS. XVII (L.-C.). — Femme 27 ans, opérée le 31 décembre 1889. Épiploon réséqué, 63 grammes. Aucune impulsion au bout de 3 semaines.

OBS. XVIII (Schede, in *Tilanus*). — Femme 38 ans, opérée en juillet 1879. Cicatrisation en 12 jours.

OBS. XIX (Schede, in *Tilanus*). — Femme 54 ans. Cicatrisation en 8 jours.

OBS. XX (Schede). — Femme 65 ans, opérée en mars 1879 d'une hernie irréductible. Cicatrisation en 14 jours.

OBS. XXI (Julliard). — Femme 45 ans. Hernie crurale gauche grosse comme une tête d'enfant. Cicatrisation 26 jours après l'opération.

OBS. XXII (Schede). — Femme 46 ans. Hernie irréductible gauche. Non revue.

OBS. XXIII (*Leisrink*). — Femme 43 ans. Hernie droite irréductible.

OBS. XXIV (Kuster, in *Leisrink*). — Femme 42 ans, opérée le 16 octobre 1881 d'une hernie épiploïque. Cicatrisation en 15 jours.

OBS. XXV (Kuster, in *Leisrink*). — Femme 26 ans, opérée le 24 mars 1881 d'une hernie crurale épiploïque. Cicatrisation en 20 jours.

OBS. XXVI (Armandale, *Edimbourg Med. Journal*). —
C.

Femme opérée en 1876 d'une hernie épiploïque réductible.
Cicatrisation en 20 jours.

OBS. XXVII (Banks, *Med. Journal*).— Anna M..., 37 ans, ménagère, opérée en juin 1892 d'une hernie crurale. On lui enlève une petite pièce d'épiploon. Guérison rapide.

OBS. XXVIII (*Id.*). — Jean B..., 65 ans, constructeur de navires, opéré en octobre 1884. Non revu.

OBS. XXIX (*Id.*). — Catherine B..., cuisinière, opérée en mars 1885. Résultats inconnus.

OBS. XXX (*Id.*). — Marie C..., 60 ans, servante, opérée en mars 1885.

OBS. XXXI (*Id.*).— Anna B..., 30 ans, cuisinière, opérée le 30 novembre 1885. Résection d'une parcelle d'épiploon. Résultats inconnus.

OBS. XXXII (Haidenthaller, *Archiv. für Klin. Chirurg.*). — M.-W..., 45 ans, atteint de hernie crurale droite, opérée le 23 février 1888. Guérison par première intention.

OBS. XXXIII résumé, (Dr Laguaite, *Province Médicale*, 20 décembre 1890). — M^{me} J..., demeurant à Lyon, âgée de trente et quelques années, porteur d'une hernie crurale depuis 12 ans. Cette hernie difficilement maintenue occasionnait des troubles digestifs. Cure radicale le 26 juillet 1889. Suites opératoires simples. Guérison maintenue malgré l'absence de bandage.

OBS. XXXIV, résumé (Dr Laguaite, *Province Médicale*, 20 décembre 1890).— M^{me} S..., de Villefranche, porteur d'une hernie crurale datant de 2 ans 1/2. Cure radicale le 21 octobre 1890. Les suites opératoires se compliquèrent d'un

petit abcès, le malade quitte la maison chirurgicale 1 mois après l'intervention.

OBS. XXXVI (personnelle). — Recueillie dans le service de M. le Dr A. Pollosson. — J. M., cultivatrice, 55 ans. Son père était porteur d'une hernie, un de ses frères en porte une également.

A la suite de sa dernière couche, il y a dix-sept ans, la malade remarqua la présence dans le pli inguinal gauche d'une petite tumeur réductible. Elle grossit petit à petit, jusqu'à présenter le volume d'un gros œuf de poule. Elle était toujours réductible.

Pour la maintenir, elle porta un bandage pendant dix ans. Par sa présence, il donnait lieu à des excoriations très douloureuses, ces dernières surtout pendant l'été.

Depuis huit jours, la hernie n'est plus réductible. Elle entre à l'hôpital sur le conseil de son médecin.

Le diagnostic porté est celui d'épiplocèle crurale gauche.

Cure radicale le 16 novembre par le procédé ordinaire.

Le lendemain, T. maxima, 38°05, elle redescend à la normale le 2^e jour. La malade sort le 10^e jour. Bandage.

OBS. XXXVII. (Banks, *British Medical Journal*). — William R..., 67 ans, jardinier, opéré en février 1885 d'une énorme hernie crurale. Mort le 67^e jour de septicémie.

OBS. XXXVIII (Haidenthaller, *Archive für Klinische Chirurgie*). — K. S., femme âgée de 47 ans, opérée le 22 mai 1885 d'une hernie crurale double irréductible. Morte le 24 mai de péritonite septique.

OBS. XXXIX. (Haidenthaller, *Archive für Klinische Chirurgie*). — B. Sch., 50 ans, opérée le 16 septembre 1886 d'une hernie crurale gauche irréductible. Morte de péritonite six jours après l'opération.

OBS. XL (personnelle). — M^{me} G..., âgée de 45 ans, demeurant à Lyon, porteur d'une hernie depuis deux ans. Aucun de ses parents n'était porteur de hernie.

Cette hernie, de moyen volume, était mal contenue par un bandage, sous la pelote duquel elle glissait sans cesse.

Cette hernie réductible jusque-là était devenue irréductible depuis une huitaine de jours. Elle occasionnait à la malade quelques douleurs à la marche et pendant le travail.

Rien du côté du système digestif.

Le diagnostic porté fut celui d'épiplocèle irréductible gauche. M. Chandelux, chirurgien-major, pratiqua la cure radicale, suivant le procédé de Lucas-Championnière.

Les suites opératoires furent simples, et la malade quitta l'hôpital le 2 février. La cicatrisation n'était pas encore complète.

Marchand signale 10 cas avec résultats immédiats excellents.

Schwartz donne 4 résultats immédiats excellents (1).

Lucas-Championnière, dans une communication au congrès de Besançon, rapporte 10 observations nouvelles, avec résultats immédiats excellents.

OBSERVATION XLI (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur PONGET.

T. A..., 22 ans, domestique à Lyon.

Mère atteinte de hernie depuis l'âge de 18 ans. Un frère et une sœur en bonne santé. Réglée à 17 ans. Menstruation normale, jamais de dysménorrhée; depuis un an cependant les règles durent un peu plus longtemps, cinq jours quelquefois.

Il y a trois ans, la malade voulant soulever deux seaux d'eau, sentit une douleur vive et subite dans la région inguinale gauche, mais cette douleur disparut au bout d'une heure, la malade n'eut pas de vomissement, elle ne s'alita pas.

(1) *Revue de chirurgie*, 1892.

Huit jours après, elle vit apparaître une tumeur dans la région inguinale, mais comme elle n'éprouvait aucune douleur, elle ne s'en inquiéta pas. Il y a dix mois, elle fit un nouvel effort, et cette fois elle vit apparaître une hernie du volume du poing. Cette hernie fut réduite immédiatement par un pharmacien, qui conseilla à la malade de porter un bandage, mais la réduction n'était pas complète et le port du bandage fut intolérable.

Actuellement, il subsiste dans le canal crural une masse absolument irréductible, non douloureuse, du volume d'une noix, présentant une sensation kystique. Utérus en antéposition. On sent l'ovaire droit, pas le gauche. On se demande alors s'il ne s'agit pas d'une hernie de l'ovaire, la pression n'éveille aucune sensation douloureuse, et les menstruations ne modifient point son volume. Le 20 mai, cure radicale. Il s'agissait d'un vieux sac herniaire crural gauche. T. maxima, 38°2. La malade, entrée le 18 mai 1892, sort le 30 mai.

OBSERVATION XLII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le professeur PONCET.

Cure radicale d'une hernie crurale chez une fillette de 11 ans.

Pratiquée le 8 octobre 1891, par M. le professeur Poncet.

La hernie, qui a le volume d'une noix d'après les renseignements fournis soit par la mère, soit par l'enfant, remonterait à la première enfance. La tumeur s'accompagnait d'une certaine gêne, et provoquait de temps à autre quelques coliques. A l'examen, on reconnaît facilement qu'il s'agissait d'une hernie crurale qu'on ne pouvait complètement réduire par le taxis.

8 octobre 1891. — Cure radicale. Incision de 5 centimètres parallèlement à la direction de la cuisse. En avant du sac, on rencontre un amas de graisse jaune, du volume d'une petite noix. Cet amas coiffe complètement le sac.

Le sac d'apparence fibreuse est mis à découvert; à son ouverture, on constate le contenu d'une frange épiploïque de 3 à 4 centimètres de long, non adhérente et remplissant le sac. Résection après ligature de l'épiploon hernié. Décolle-

ment méthodique du sac, qui est lié aussi haut que possible avec du catgut. Suture métallique des lèvres de la plaie. 15 octobre, ablation des fils de suture.

Obs. XLIII (Lucas-Championnière). — Il s'agit d'une épiplocèle *adhérente* opérée chez un enfant de 5 ans et demi, Lucas Championnière signale le fait comme très rare. M. le professeur Poncet nous a communiqué une observation semblable, ce sont les deux seules publiées jusque maintenant.

La suite fut simple Lucas-Championnière remarqua chez son malade, après l'intervention, une croissance hâtive, ce qui le confirme dans l'idée que les hernieux sont des *déchus physiologiques*.

II. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS.

Obs. I (Walther Brown, *Lancet*, 23 juin 1883). — Femme 30 ans ayant depuis 4 ans $1/2$ une hernie crurale volumineuse. Pas de hernie 5 mois après l'opération.

Obs. II (Lucas-Championnière). — Homme 22 ans, hernie crurale gauche datant de 5 ans, irréductible, incoercible. douloureuse. Résection de 29 grammes d'épiploon. Sort en bon état 25 jours après l'opération. Elle avait été opérée le 23 juin 1887. Nouvelles au mois de novembre 1888, 17 mois après l'opération. Aucune tendance à la récurrence. Nouvelles le 20 novembre 1891. Pas d'impulsion, aucun accident; 4 ans et demi.

Obs. III (Lucas-Championnière). — Femme 45 ans, opérée le 16 avril 1888 d'une hernie crurale gauche. Suites d'une extrême simplicité. Sort 1 mois plus tard. Revient en juillet 1891. Il est impossible de sentir aucune impulsion.

OBS. IV (Lucas-Championnière). — Femme 35 ans, opérée le 28 novembre 1890 d'une hernie crurale gauche très ancienne. Suites très simples. Nouvelles en juillet 1891. Très bon état, aucune récurrence.

OBS. V (Cheene, in *British Med. Journal*). — Femme 43 ans, opérée le 7 septembre 1876 d'une épiplote crurale gauche irréductible, mesurant 15 cent. de haut sur 10 de large. Cicatrisation en 21 jours. Pas de récurrence au bout de 4 mois.

OBS. VI (Nussbaum, in *Leisrink*). — Femme 65 ans, opérée le 7 juillet 1878 d'une hernie droite avec adhérence. Cicatrisation parfaite. Pas de récurrence en juin 1881.

OBS. VII (Socin, in Guenod). — Femme 59 ans, opérée le 30 mars 1881, d'une hernie gauche, grosse comme un œuf de poule. Réunion par première intention. Guérison constatée 15 mois après l'opération.

OBS. VIII (in Langenberk). — Femme 43 ans, opérée le 25 avril 1880 d'une hernie droite incoercible [depuis longtemps, de la grosseur du poing. Cicatrisation en 12 jours. Réunion immédiate. Pas de récurrence au bout de 1 an.

OBS. IX (Nussbaum, in *Leisrink*). — Femme 36 ans, opérée le 17 mai 1881 d'une hernie gauche réductible. Cicatrisation rapide. Pas de récurrence en juin 1882.

OBS. X (Nussbaum, in *Leisrink*). — Hernie gauche, opérée le 7 juillet 1878. Extirpation du sac et suture du collet. Pas de récurrence en juin 1881.

OBS. XI (Nussbaum, in *Leisrink*). — Femme 50 ans, opérée le 7 février 1881 d'une hernie droite réductible et d'une contention facile. Pas de récurrence en juin 1881.

OBS. XII (Nussbaum, *in* Leisrink). — Femme 38 ans, opérée le 3 mars 1881 d'une hernie droite réductible. Guérison constatée en juin 1881.

OBS. XIII (Cuenod). — H. F..., âgée de 59 ans, ménagère, le père et la mère de la malade avaient des hernies. Hernie datant de 14 ans, augmentant depuis 2 ans et occasionnant des douleurs. Hernie grosse comme un œuf. Cure radicale le 30 mars 1880. Guérison par première intention en 7 jours. Résultat le 30 juin 1885. Pas de travail rude. Guérison après 63 mois.

OBS. XIV (Cuenod). — Bole (Christine), âgée de 44 ans, ouvrière de fabrique, atteinte de hernie crurale droite depuis 10 ans. Réductible. Opérée le 17 juillet 1880. Guérison par première intention en 10 jours. Travail facile et sédentaire. Guérison après 11 mois.

OBS. XV (Cuenod). — Stachl (Elisa), âgée de 27 ans, servante. Aucune hernie parmi les membres de la famille. Hernie crurale droite grosse comme une pomme, irréductible. Cure radicale le 26 juillet 1880. Guérison par première intention en 16 jours. Résultat bon le 5 juillet 1885. Pas de travail rude. Guérison après 5 ans.

OBS. XVI (Cuenod). — Hoflin (Camille), âgée de 39 ans, ménagère. La mère de la malade est morte d'une hernie étranglée. Son père avait également une hernie. Dans la région droite, hernie grosse comme une noix, dure, pas sensible à la pression. Cure radicale le 29 février 1884. Guérison par première intention en 15 jours. Guérison après 16 mois, après une grossesse et une forte toux pendant l'hiver.

OBS. XVII (Cuenod). — Hauser (Franciska), âgée de 42 ans, ménagère. Aucune hernie parmi les membres de la famille. Hernie datant de 8 ans, grosse comme un œuf d'oie.

Irréductible. Cure radicale le 6 septembre 1884. Guérison par première intention en 21 jours. Travail assez dur, malade un peu toussseuse. Guérison après 9 mois.

OBS. XVIII (Cuenod). — Schrauer (Marie), âgée de 43 ans, ménagère. La malade est porteur d'une hernie de chaque côté. A gauche, hernie grosse comme une tête d'enfant, recouverte par une peau excoriée par le bandage. Cure radicale le 16 décembre 1884. Guérison par première intention en 17 jours. Récidive 5 semaines après, la hernie est grosse comme une pomme, facilement réductible. Du côté droit, hernie grosse comme un œuf de poule. Cure radicale le 18 février 1884. Revue 16 mois après l'opération.

OBS. XIX (Banks, *British Med. Journal*). — Éléonore A..., 32 ans, domestique, opérée en mars 1881 d'une hernie crurale de la grosseur d'une bille à jouer. Revue 6 ans après l'opération. Guérison.

OBS. XX (*Id.*). — Elisabeth B..., 55 ans, cuisinière, opérée au mois d'avril 1881 d'une hernie de la grosseur d'un œuf de poule. Guérison constatée après 6 ans.

OBS. XXI (*Id.*). — Jean S..., 37 ans, marin, opéré au mois de mai 1882 d'une hernie crurale. Revu après 4 ans. Revu une deuxième fois 1 an après. Guérison complète.

OBS. XXII (*Id.*). — Anne M..., 37 ans, ménagère, opérée en juin 1882 d'une hernie crurale de la grosseur d'un œuf de dinde. Revue après 5 ans. Guérison complète.

OBS. XXIII (*Id.*). — Thomas H..., 54 ans, maître d'hôtel, opéré en juillet 1884 d'une hernie crurale grosse comme un poing. Revu 3 ans après. Guérison complète.

OBS. XXIV (*Id.*). — Miss X..., 45 ans, sans profession, opérée en août 1884 d'une très petite hernie. Guérison constatée après 3 ans.

OBS. XXV (*Id.*). — Catherine P..., 30 ans, confectionneuse, opérée en janvier 1885 d'une hernie crurale très petite. Revue guérie après 2 ans et demi.

OBS. XXVI (*Id.*). — Marie C..., 41 ans, ménagère, opérée en juin 1885 d'une hernie crurale. Revue et constaté une guérison complète après 2 ans.

OBS. XXVII (*Id.*). — Hélène J..., 34 ans, fermière, opérée en juillet 1885. Succès partiel, peut reprendre son travail qu'elle ne pouvait faire auparavant. Cette hernie peut disparaître en toussant si un bon bandage n'est appliqué.

OBS. XXVIII (*Id.*). — Arthur L..., 27 ans, peintre, opéré en novembre 1886 d'une hernie crurale de la grosseur d'un œuf de pigeon. Guérison constatée après 9 mois.

OBS. XXIX (Haidenthaller). — F..., 52 ans, opéré le 25 juin 1885 d'une hernie crurale droite irréductible. Guérison en 36 jours. Revu après 4 ans. Bon état sans récurrence. (Haidenthaller, *Archives für Klinische Chirurgie.*)

OBS. XXX (due à l'obligeance de M. le Dr Lagaite). — Il s'agit de la malade qui fait l'objet de l'observation XXXIV (résultats immédiats).

Cette malade a été revue par M. le Dr Lagaite, il y a quatre mois, elle a pu reprendre son métier, qui est très fatigant et qui l'oblige à rester debout une partie de la journée.

Les troubles digestifs ont disparu. La hernie elle-même n'a point récidivé. La malade ne porte point de bandage.

Intervalle de temps entre l'opération et la revue : 4 ans et demi.

OBS. XXXI (due à l'obligeance de M. le Dr Lagaite). — Il s'agit de la malade citée à l'observation XXXV. M. le Dr Lagaite la revit un peu plus d'un an après l'opération. Résultat complet. La hernie n'a pas reparu. La malade ne porte point de bandage.

Bien qu'il y ait un certain temps qu'on ait eu de ses nouvelles, il est à croire que la guérison s'est maintenue. La malade appartenant à une classe élevée de la société n'aurait pas manqué de le faire savoir, si une récurrence était survenue. Intervalle entre l'opération et la revue : 1 an et demi.

OBS. XXXII (personnelle). — Nous avons eu l'occasion de revoir la malade qui fut le sujet de l'observation LX. Le 24 novembre 1893, c'est-à-dire 34 mois après l'opération. Comme nous l'avons dit à sa sortie de l'hôpital, la cicatrisation n'était point complète, elle fut assez longue à se terminer.

Pendant quelque temps, la malade porta un bandage, le quitta puis le reprit, quand il y a deux ans, elle s'aperçut de la présence d'une nouvelle hernie du côté opposé, elle fit alors construire un bandage à deux pelotes; non que la cicatrice du côté gauche eût besoin d'être soutenue, mais pour obtenir une plus grande fixité dans celle qui devait soutenir la hernie droite.

Du côté gauche, aucune récurrence, on ne sent aucune impulsion à la toux et à l'effort. La guérison s'est maintenue. Elle ne se plaint que de douleurs vagues du côté opéré au moment des règles.

Le métier qu'elle exerce n'est pas bien fatigant (couturière), c'est peut-être à cette cause qu'il faut attribuer l'heureux résultat de cette intervention. Intervalle entre l'opération et la revue : 34 mois.

OBSERVATIONS DE SCHWARTZ. — Une dame, opérée depuis 4 ans, est restée parfaitement guérie sans porter de bandage; un jeune homme atteint de hernie incoercible est resté guéri après un an. Il signale une récurrence due à des vomissements violents ayant fait sauter des points de suture.

RÉGNIER signale deux cas de guérison : l'un après 2 ans, l'autre après 3 ans (1).

(1) Société de chirurgie, 1892.

OBS. XXXIII (personnelle). — Nous avons eu l'occasion d'avoir des nouvelles d'une femme J. A..., demeurant à Lyon. Cette femme, atteinte de hernie crurale gauche, fut opérée en 1889. Elle ne fit qu'un court séjour à l'hôpital et retourna chez elle. Elle mourut l'année dernière d'une fluxion de poitrine. Elle porta un bandage après son opération, quoiqu'il n'y eut pas de récurrence. Aucun trouble à signaler, sauf de temps en temps quelques douleurs au niveau de la cicatrice. Ces renseignements nous ont été fournis par la fille de la malade.

Il y avait trois ans écoulés depuis l'opération, au moment de sa mort.

OBS. XXXIV (personnelle). — Il s'agit de la malade qui fait le sujet de l'observation XLI. Résultats immédiats.

Nous avons eu le bonheur de la retrouver.

Cette fille, qui exerce une profession pénible, porta quelque temps un bandage après l'opération. Elle l'abandonna bientôt. Au niveau de la région opérée, cicatrice linéaire non douloureuse à la pression. En faisant tousser la malade, on ne sent point d'intestin dans le canal crural. Résultat complet. La malade accuse cependant quelques douleurs au moment de la menstruation.

IV. — RÉCIDIVES.

OBS. I (Lucas-Champonnière). — Femme 32 ans, opérée le 17 septembre 1881 d'une hernie crurale gauche douloureuse et irréductible. Résection partielle du sac. Opération incomplète à cause d'adhérences intestinales. Récurrence.

OBS. II (*Tilanus*). — Femme 40 ans. Épiplocèle adhérente. Ligature et extirpation du sac. Pas de suture de l'anneau. Cicatrisation en 1 mois. Récurrence au bout de 5 mois.

Obs. III (Langenbeck, in *Tilanus*). — Femme 26 ans, atteinte d'une épiplocèle irréductible. Ablation de l'épiploon. Ligature et extirpation du sac. Pas de suture de l'anneau. Cicatrisation. Récidive au bout de 6 mois.

Obs. IV (Bunkhandt, in *Jahresbrukt*). — Femme 34 ans, Hernie gauche, grosse comme un œuf de poule, incoercible, anneau admettant deux doigts. Ligature et extirpation du sac après suture de l'épiploon avec l'anneau. Pas de suture de l'anneau. Récidive 6 mois après l'opération. On ne sent rien du bouchon épiploïque.

Obs. V (Langenbeck, in *Tilanus*). — Femme 26 ans, atteinte d'une hernie irréductible. Récidive 6 mois après.

Obs. VI (Wemleikner, in *Wien Med. Blatten*). — Hernie incoercible de la grosseur de trois poings. Récidive au bout de quelques jours.

Obs. VII (Riesel, in *Leisrink*). — Femme 39 ans, atteinte d'une hernie droite réductible de la grosseur du poing. L'anneau admet cinq doigts. Le 23 juillet 1881, suture de l'anneau au catgut. Réunion secondaire obtenue. Récidive peu de mois après.

Obs. VIII (Banks). — Marie-Anne J..., 42 ans, ménagère, opérée en avril 1881. Aucune portion d'épiploon n'est réséquée. Cette femme étant très pauvre, n'a jamais porté de bandage et a eu à travailler beaucoup. Récidive d'une hernie de la grosseur d'une petite poire.

Obs. IX. — G. B..., 58 ans, opéré le 19 avril 1882 d'une hernie crurale droite. Guérison en 12 jours. Récidive après guérison de 6 ans. (Haidenthaller, *Archiv für Klinische Chirurgie*.)

CONCLUSIONS

La cure radicale de la hernie crurale est une excellente opération, soit au point de vue des résultats immédiats, soit au point de vue des résultats éloignés.

Cette opération, bien entendu, lorsqu'elle ne constitue pas en quelque sorte le dernier temps d'une hernie crurale étranglée, ne doit être pratiquée que par un chirurgien sûr de son asepsie.

C'est, en effet, une proportion encore beaucoup trop forte que celle de 3 morts sur 108 observations que nous avons dépouillées, et alors que ces cas mortels doivent être attribués à l'insuffisance des précautions antiseptiques.

Les indications de la cure radicale de la hernie crurale sont celles de toutes les hernies; il nous paraît plus naturel d'en indiquer les contre-indications. Ces dernières relèvent de l'âge, de l'état général du sujet, du volume de la hernie, de l'absence de tout malaise provoqué, etc.

C'est surtout à un âge avancé que l'on se conformera au précepte de Guy de Chauliac : « Laisser les vieux avec leur clochement »

Cette absence d'intervention sera d'autant mieux acceptée chez le vieillard que, suivant la remarque de

MM. Lucas-Championnière et Poncet, des complications pulmonaires, bronchite grave, broncho-pneumonie, s'observent après l'opération de la cure radicale. C'est donc surtout chez les jeunes sujets, *dans la période active de la vie*, que la cure radicale doit être pratiquée.

Les résultats définitifs sont des plus satisfaisants.

Quant au procédé opératoire qui nous paraît devoir être conseillé, c'est celui que nous avons vu employé par M. le professeur Poncet, vulgarisé par Lucas-Championnière, et dans lequel le temps principal de l'opération est la suppression du sac et la ligature aussi haut que possible de son collet.

Quant aux autres procédés perfectionnés de Trendelenbourg et de Schwartz, etc., qui ont pour but de fermer le canal crural par occlusion, avec des tissus empruntés aux régions voisines, le petit nombre des observations publiées ne nous permet pas de les apprécier au point de vue des résultats définitifs.

Vu, bon à imprimer :

POUR LE DOYEN,

L'assesseur,

A. GAYET.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PONCET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

E. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

DIOSCORIDE :

PASQUIER: Réponse à cette question : « Les hernies inguinales et crurales qui peuvent être réduites sont-elles susceptibles de cure radicale ? »

CHATARD : Thèse de Paris, 1875.

SEGOND : Cure radicale des hernies.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Cure radicale des hernies.

RICHELOT : Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales.

MAYOR : Thèse de Berne, 1889.

Gaz. Médicale.

Revue de chirurgie.

VIBERT : Traité de médecine légale.

MOYNAC : Path. externe.

D^r DELARIS : Cure radicale de la hernie inguinale chez la femme.

Revue de la Suisse romande.

Lancet.

Medical Times.

British Medical Journal.

Arch. für Klinische Chirurgie.

Centralblatt für Chirurgie.

Province Médicale.

PONGET : Cours de méd. opératoire.

Bulletin Médical.

Edimbourg Med. Journal.

Bulletin de la Société de chirurgie.

RICHELET : Anatomie.

FLEURY : Mémoire adressé à la Société de chirurgie.
Archives de Langenbeck.

Semaine Médicale.

